

専門職としての宗教的 caretaker とは何か

——あそかビハーラ病院・看護師へのインタビュー調査から——

福 永 憲 子

【抄録】

医療において周縁とされがちな終末期や、緩和ケア領域の患者に対する心のケアとして、宗教者による宗教的ケアが医療者によって注目されている。宗教的ケアは、医療の臨床において、これまでも完治が望めない患者に対する意義としては提唱されてきたが、今日ではチーム医療の一員としての積極的な宗教者活用の途へ議論を進められている。

しかしながら、現在においても、実際に宗教者を配置している医療機関はほとんどみられない。その原因として、宗教的ケアが、いまだ特殊事例のケアと考えられ、心理職や看護師による心のケアとの違いや「宗教者に何をしてもらえるのか」「どのような連携が可能なのか」という医療界からの潜在的な問いがあるといえる。

そこで、僧侶との協働によってケアを担っているあそかビハーラ病院の看護スタッフ 15 名に、僧侶にケアとして期待すること、依頼していること、看護師による心のケアとの差異を中心に、インタビューガイドに沿った半構造的インタビューを行った。結果「僧侶だからこそ」他職種とは違う独自性のあるケアが示唆された。この結果をもって、宗教的ケアを一般化することはできないが、宗教者におけるケアの専門職性が少なからず提示できたと考える。

キーワード：宗教的ケア，専門職性，看護師のジレンマ，倫理的苦悩

はじめに ー研究の背景と目的

医療，特に終末期医療や緩和ケア領域では，患者が生命根源的な探求をする場面や，問いが多くみられる臨床であると医療者からいわれてる。確かに，筆者も一般病棟に限定されているが，長い看護師経験から，患者やその家族から生きることの意味や，死にゆくことに関する言葉を，少なからず受けてきた。

「医療」の定義¹⁾は，医療によって病気を治すことであり，治療を指す。医療従事者の目的は「治すこと」を目指すものであり，死への転帰は考えない。しかし近年から，医療は看取りをも引き受けるようになっており，治らない・完治を望めない患者に対する「医療」の着地点を医療従事者は探ってきたのである。その結果，完治が望めず，死が避けようのない患者に提供する「医療」の目的は，「安らかな看取りへの経過」へと至った。

緩和ケアは主には、がんによる様々な疼痛のコントロールをする診療科として標榜され、「心の痛み」もケアなされるものである。緩和ケア領域における患者では、死への危機、孤独や不安、生への執着を伴うものであり、この特有の心理に対するケアは、これら領域のケアの核であるといえる。

死に関連した心理状態に対するケアの必要性は、医療従事者間では、長く認知されてきている。しかし、「治すこと」を目的として教育を受け、臨床においても、その使命を業務としているため、関連した身体症状（不眠・焦燥感）にのみ対処し、終末期固有の心理状態へのケアは、医療が対処する範疇を超えていることも多く、看護師個人の死生観や生命倫理感に委ね、棚上げしてきた。

患者からの死に関連した探求や発言は、哲学や宗教に解があると認識し始めた医療界は、宗教的ケアを担う宗教者への発信と要請を行い、今日までに、様々な分野で検討されてきている。

しかしながら、その役割期待や意義については多く賛同は得られているものの、医療経営の側面や、チーム医療の側面から、どのような協働形式がよいのかという議論へ裾野はなかなか広がりをみせなかった。現在では、2012年に、東北大学、文学研究科 鈴木岩弓氏を中心に「臨床宗教師²⁾」として、宗教者の養成講座を開設し、養成に関しても普遍的系統教育を行う等、医療界に向けて大きな貢献もなされてきている。

しかし、病院への宗教者採用には弾みがつかないのは、宗教的ケアへの医療界側の認識不足、理解不足によるところが大きいといえる。その理由としては、一つに、医療界で必須とされる専門職性の範囲において、宗教者の役割（専門職性）がわかりにくいことが挙げられる。二つ目には、宗教者に対し、医療者が期待する「して欲しいこと」の具体的明示をしていないことも挙げられる。この二つの課題に関しては、先行研究としての蓄積は多くは見られない。

そこで、今回インタビュー調査を行ったあそかビハーラ病院は³⁾、開設当初から僧侶が常駐し、医療スタッフと協働してきていることから、宗教者との協働や役割についての知見が集積していると想定し調査を行った。

インタビュー調査における看護師の語りは、宗教的ケアの自律性や、宗教者との協働のあり方において多く示唆に富むものがあり、今後、医療において更に発展的に活躍できる可能性を明示できたと考えている。

1. 研究方法

1-1 あそかビハーラ病院を調査対象にした経緯

調査対象病院である『あそかビハーラ病院（調査当時：あそかビハーラクリニック）』（以下、あそか）は、大嶋院長、新堀看護部長（当時肩書）、吉田看護師長（当時肩書）、その他看護職員、常駐僧侶と古くからの知人・友人関係であることから、あそかにおける設立背景・病院理

念・他職種連携の実際についてお話しを調査以前からお聞きし、見学させて頂いていた。そのため、患者に向けた「心のケア」を担う僧侶の存在に関し多大な関心を寄せていた。

調査対象のあそかでは、独立型緩和ケア病院に、宗教的ケアを提供する宗教者の部署が存在すること、常駐の僧侶がいること、医療従事者と協働して積極的にケアを行っていることが HP で告知されており、看護師は日常の業務の中で僧侶と関わる場面が多くある。

医療従事者、主に看護師になるが、患者へのケアの場面において、具体的に宗教者とどのような協働やケアを提供しているのかについてインタビューすることで、あそかにおける宗教者の役割が浮き彫りになると考えた。その結果から、二次的に医療機関における宗教者の専門職性が導かれ、他職種との違いを明示できるのではないかと考えた。

1-2 研究手法・調査対象者の選定・調査期間

研究協力者は、あそかビハラー病院、大嶋健三郎院長、新堀いづみ看護部長、吉田敦子看護師長、月江教昭非常勤医師。他に、常駐僧侶 2 名と当時の研修僧侶 2 名にもご協力頂いた。

インタビュー調査は、あそかビハラー病院に勤務する看護師全数を研究協力者をお願いした。

病院へは月に 1 回訪問し、当日インタビュー対象者を、看護部長・師長により承諾頂いた看護師をご紹介頂いた。

インタビュー方法は、対象看護師の業務時間の中で、基本的にはインタビューガイド（表 1 参照）に沿って半構造化インタビューを行ったが対象の自由な発話に委ねた。時間は 1 時間を限度として個室で行った。看護業務によりインタビューを中断することや、インタビューの開始後も参加を拒否できることを伝えたが、実際、看護業務により何回か中断する場面は当然見られた。

インタビューは、調査当日勤務の看護職を 1 日 2～3 名行った。インタビューの時間以外は、参与観察として、宗教者を含めた午後のカンファレンスに参加し、場合によってはインタビュー対象の看護師の業務に同行することもできた。筆者も看護師ということから、インタビューに関しては共通の理解を得られることもあり、スムーズに行うことができたのではないかと考える。

今回の調査では看護師との協働の実際をインタビュー目的としていたが、看護師長の推薦により看護助手の方も 3 名含めた。インタビュー調査は 1 名を除き、ほぼ全数のご協力を頂いた。

調査期間は 2013 年 4 月から 2014 年 3 月。看護助手を含めた 15 名（男性 2 名、女性 13 名）調査に関しては大阪府立大学人間社会学研究科研究倫理委員会の許可を得ている。

表1 【インタビューガイド】

①	年代。入職前の勤務歴とあそかビハーラ病院に勤務した理由
②	一般病院の勤務歴のある方で生命根源的な問いを受けた経験の有無
③	宗教者のいない病院と、あそかでの患者さんに違いがあったか
④	看護師が行う心のケアの限界について考えたことがあったかどうか
⑤	僧侶に依頼した事例はどんな場面であったか
⑥	僧侶との連携で悩んだこと
⑦	僧侶の介入によって患者の状態が好転した事例
⑧	終末期の患者にとって宗教的ケアとは（自由な発話）
⑨	一般病院に宗教者ケアを導入するとしてどのような努力や工夫があるか

*自由な発話に委ねたので順不同である。

*インタビューガイドの項目では、会話分析の補強につながるとされる項目も含む。

1-3 記録・分析・個人情報保護について

表2 【調査協力者一覧】*調査当時（2013～2014年）

	職種	看護師歴	あそか勤務歴	宗教者 協働経験
A	看護師	25年	5年	無
B	看護師	23年	6年	無
C	看護師	25年？以上	約3年半	有
D	看護師	25年	6か月	無
E	看護師	15年	6年	無
F	看護師	12年	2か月	無
G	看護師	19年	4か月	無
H	看護師	18年	2年2か月	無
I	看護師	12年	3週間	無
J	看護師	5年	6か月	有
K	看護師	15年	5か月	無
L	看護師	22年	3年	有
A1	看護助手	長い	5年	無
A2	看護助手	1か月	1か月	無
A3	看護助手	8か月	2年	無

今回の調査において、属性として、職種・看護師歴・あそか勤務歴・勤務歴の中での宗教者との協働の有無を挙げた。

宗教者がいる病院へ勤務する動機には個人の死生観が一つの因子として考えられる。個人的な

死生観は、一般的には年齢を重ねたほうが、影響があると思われるが、看護師としては年齢よりも看護歴の中での看取り経験の方が何らかの影響を与えているのではないかと考えたために看護師歴を採用した。あそか勤務歴を属性として採用したのは、勤務歴の長短が協働への意識の変容に関与していると考えたためである。また、これまでの宗教者との協働の有無は宗教者への期待と相関があるのかという点において検討を加えるために採用した。

当初、看護師を対象にしていたが、吉田看護師長の勧めもあって看護助手の方にもインタビューさせて頂いたが、直接的な連携がない彼らにおいて宗教立病院に勤務した動機、そして僧侶をどのような眼差しで見つめているかを調査するために同様のインタビューを行った。

調査対象者へのインタビューは許可を得られた場合のみ IC レコーダーに録音した。得られたインタビューデータは、質的調査などで用いられる「語り分析」を行った。

語り分析を採用した理由は、宗教者を常駐させている医療機関は少数派であることから、行おうとしている研究が single-case study design であり、あそかが持つ固有の意味を探求するのに適していると考えたからである。このため、本調査は、あそかの宗教者に特化している特殊性を解釈し、対象から得られた表現を分析し記述することで、一般化は難しいものの理論構築を試みた。

分析の過程では、同じ医療従事者ということでインタビュー対象者の表現しきれない部分を調査者の勤務経験から置き換えているところもある。「終末期の患者にとっての宗教的ケアとは」の部分においては、対象者のこれまでの勤務や人生経験から培われた死生観に関する部分が宗教者への理解に大きな作用が働いていると思われた。

インタビューは、特に特殊な経歴を持つ個人に関しては、特定されやすいため、論文中では大きく損なわない範囲で表現を変えている。

2. インタビュー調査結果と分析

先にも触れたとおり、インタビューはインタビューガイドに沿って、半構造化インタビューにより収集している。自由な発話を尊重しているために項目別に収集できないこともあり、その場合はガイドに沿った内容を会話中から抽出し分類している。インタビュー対象者の語りは、そのままの表現にしている。

2-1 宗教的ケアを提供する病院に勤務を希望した理由

宗教者の常駐する病院に勤務しようと思った理由はなんだろうか。何か期待があったのだろうか。＊文中のカッコは文脈の理解のために筆者がつけたものである

A：緩和（ケア）をしたかっただけ。あつ、でも仏教は好きなんです。

B：仏教だとか言うのはなくて。緩和に興味があった。一般では重症の人しか行けず。がんの

人のところには、(多忙で) いけない。

F: (緩和ケアは) 看護師として経験を積んで人としての厚みを持つてから。いつか、と。

G: (一般病棟は) バタバタしていた。独立型に來たかった。宗教の病院は興味はあった。

H: (一般病棟は) 手術の回復期に入っていく人, かたや終末期に入っていく人, ドア一枚で全然違う空気がある。こう…ターミナルの人に十分気持ちが入っていけない, 緩和ケア病棟に行きたいって思ったんです。ちゃんと向き合いたいって。

K: 忙しい中に終末期の人がいた。ちゃんと向き合えていなかった。夜になると背中さすってずっとナースコール。ずっととはできなかった。

M: 緩和ケアがやりたくて。誘われるご縁がある。

このように、緩和ケアをスキルとして学びたい、人の終末期の大切な時期に関わりたいという思いに基づいて「緩和ケア病棟」での勤務を望んであそかに応募した人が多かった。宗教者がいる病院に関して何か特別な意識を持ち希望して入職したわけでないものの、入職前には、僧侶がいる病院について、HP であそかについて入念に調べる行動をした人もいた。あくまでも緩和ケアをしたい、という気持ちが先行するものの、テレビであそかの紹介を見ていた人も多く、宗教の病院に関心ができていた、と答える人もいた。このように宗教に関しては、当初、無関心に近い看護師に関しては、宗教的ケアは緩和ケアに準拠した関心に留まるものの一定の理解の上に入職していることがわかる。宗教的ケアの病院は患者向けの情報提供をテレビ等で行うが、その際に医療者に向けても認知してもらえするという側面もあるといえる。

緩和ケアが希望で入職した看護師は、午後のカンファレンスで、院長や仏教看護の先輩ナース等への報告の様子を参与観察していると、患者の宗教的ニーズの兆候を拾うことが難しいことから、ニーズから僧侶へとなかなかつながらず、僧侶との関りも薄くなっていることがわかる。

筆者は看護師経験の中で、一般病棟において回復期の患者と死にゆく過程にある人が混在する中で看護を続けてきた。一般病棟では、治癒への過程を看護することに迫られ、死にゆく人の孤独へは目を向けることは難しい⁴⁾。B や G, H, K のように『ちゃんと向き合いたいと思ひ』独立型緩和ケアへ勤務を希望するという理由が多いのは頷けるところである。この結果から言えることは、やはり看護歴が長い看護師は、振り返って患者との向き合い方の再構築として緩和ケアへの勤務を志望してしが宗教者への必然性は長い看護師歴の中では意識してこなかったといえる。これは宗教者との協働について入職までは意識できなかったものといえる。

付記すべき点として、F の発言にあるように、『看護師として経験を積み、厚みを増してから』というように、緩和ケアを希望する看護師の言説がある。それは、経験の浅い看護師は緩和には向かないというものである。これは、F のように志高い人が、若さゆえ死にゆく人への心のケアがむずかしいと言う意味において使用されることもあるが、その他には、緩和という治療(これも大変難しいコントロールが必要なのであるが) 以外には、手の施しようのない患者の看護、つまり「医療」として、臨床でのよくなされる表現「することのない」「することが限られ

ている」臨床では、医療行為として学べることが少ないとみられていることである。よって最初から行くものではない、という意味合いにおいて使用されるものである。これは、医療の中で緩和ケアがあまりにアウェーで理解が深められていないものであるが、緩和ケアが医療の周縁と位置づけられてしまっている臨床の傾向がよく表れているものであるといえる。

あそかでは、入職時の意識として、少数ではあるが、当初から宗教者との協働を希望し楽しみにしている看護師もいた。

E：あそか、あるなあって。真宗の勉強していたからね。だったら看護でもって思った。

C：仏教看護がしたかった。仏教やったら、何で死ぬのって答え教えてくれるんかなってね。

L：（見学の際に）病院の理念で決めた。廊下の理念。仏教的で。おかげさまとぬくもりの看護。理解には一生かかるかな。

これは、先の緩和ケア病棟への勤務希望というよりも、あそか自体に関心があった、宗教的ケアと看護業務の連携に関心があった、これまでの看護経験から宗教的解決があるのか探ること等、看護業務の中の心のケアについての範疇を緩やかに拡大して考えられているものだった。これら発言のあった人は当然のことながら、仏教を何らかの形で〈勉強〉してきた背景がある看護師に見られている。このように、宗教（仏教）を医療の中に何らかの形で投影できている看護師は、僧侶が何をしているのか観察し、宗教によって「お願いすること」がすでに明確であり期待値は当然ながら大きいと参与観察時に感じた。そして、それら経験を入職時、宗教者への意識が薄かった看護師に対して宗教的ケアとの協働をレクチャーし、宗教と看護のフィールドを構築できるようあらゆる場面において支援的役割を自然に果たしていた。

2-2 看護師が行う心のケアと僧侶との協働について

保健師助産師看護師法第5条において看護師とは『都道府県知事の免許を受けて（国家資格）、傷病者もしくは褥婦に対する療養上の世話または診療の補助を行うことを業とするものをいう』

療養上の世話には、日常生活支援として、身体的・精神的・社会的支援を3つを柱とした業を行うとされる。この3つを看護の業として行うことは看護師であれば十分周知されているものである。このうちの精神的支援とは、具体的には相談・調整・指導とされている。

看護業務のうちの精神的看護は、患者の療養中に発生した精神的な‘辛さ’を看護師がケアするものであり、現在に至るまで看護師は患者にケアし続けている。その手法に関しては体系的教育の中で、傾聴・共感といったような態度で臨むとし、臨床でもケアの手法として活用されている。しかしながら、この傾聴・共感で使用される傾きやオウム返し of 応答等では、患者のケアとしては不十分であり、寄り添えなかったという無力感をどの看護師も感じたのではないだろうか。先の2-1の分析にもあるように「患者と向き合えていない」というのは時間の長短だけではなく、このことが念頭にあったとも感じる。筆者も、仕事は医療職しか経験がなく、特に新人看護師の頃は、患者から発せられる言葉の内にある不安や絶望、そしてわずかな希望に十分に寄り

添い、目を向けていられたとは思えないのである。

医療では、死の看護を引き受けた時から心のケアは必要不可欠なものとして長らく認知してきたにも関わらず、そのケアは看護師が主には担い（委ねて）、この問題を棚上げにしてきた。わずかな医療機関では、配置義務のない心理職（心理士）を配置していたが、圧倒的にその配置は少ないのである。これは、病院という組織が、経営的に必要職種の配置が精一杯で、多様なステークホルダーが患者に向けて多元的にケアを行うことが伝統的なされてきておらず保守的で閉鎖的であるといえる。

これまで重要だと考えられつつも棚上げしてきた心のケア、主には終末期の患者から発せられる死に対する「想い」におけるケアは、今日、病院の質を問う機能評価¹⁰⁾での評価基準にもある多職種連携、チーム医療において、宗教者に期待を寄せ始めたのである。宗教者が常駐する医療機関、あそこでは、看護師におけるケアとの視点を比較しながら、どのような期待や依頼を僧侶にしたのだろうか。

A：精神科の先生は治療。会話とかもあるけど。患者さんはもっと深いところを聞きたいんですわ。そこですわ。死を受け入れてるんだけど、症状が重くなる、死が近づくと恐怖がでてくる。僧侶が言うと重みが違う。そういう時は僧侶に頼んだほうがいいのか。死が近づいた2週間かな、大体そういう時期。あやふやな返事できないやんか。亡くなったらどうなるの？って言葉が出た時点で僧侶さん。

A：最終的な「どうなるの？」っていう。生死のね。死後のことが聞ける。心理の人にしたらそこまで言えるかなって…。僧侶の人だったら、死はこういうものだよって言えるじゃない。話をすることで安心して死を迎えられる。心理の人では難しいと思う。

F：死を意識した途端に、神だとか仏にすがりたくなる。医療者は神でも仏でもない。何にすがればいいのかとなったときにそういうところだと思うんです。

F：医療のことはわかりつつあちらのこともわかりつつ。お話を聞くプロ（心理士）でもいいけど、あの世のことをちょっと介入しても違和感ない存在。

看護師というよりも心理職との違いについて述べられている点に注目すると、「死んだらどうなるのか」という具体的な言葉が発せられたときに僧侶にお願いすると話している。この傾向については表現の違いはあるが、どの看護師も基準として持っていた。死後に関連したあの世の話は心理職や看護師では難しいとしている。看護師は傾聴が業の範疇であり、あの世について「語り合う」のは看護師として一歩踏み込んだ看護行為として受け止めているのではないだろうか。お話を聞くプロが心理職ならば、あの世の話のプロとして宗教者を眼差しているのが明らかである。また、死に関してはAが述べているように「僧侶が言う」と重みがある」という点においては、医療職にとって、死についての会話には「非常な重みを要する」看護であるとの受け止めがあると言える。

医療職にとって、死は患者と語らうにはハードルの高いものであり、あの世の話は「僧侶専

門」という認識がうかがえる。

次に、看護師が行う精神的ケアから宗教的ケアへと移譲するときについて分析をする。

A：一般病棟から来た患者さんは（看護師が忙しいものってわかってるから）ここでも遠慮しはる。だから看護師には心開いてくれない時もね。聞き方の問題もあるね。

C：チームで働いてたら（僧侶に）言うべきかなって。死にたいって言われたら、私村田理論⁵⁾。好きなんですけど、何で死にたいんですか？ってまずは聴くね。

D：（患者の）死ぬことを汲んであげないといけない。看護師は死ぬことの怖さは汲んであげてるかなあと思う。

D：死ぬときに宗教を信じられたら楽だよ、って。死ぬときは誰かが待っていてくれると思えたら楽だよ、って教えてあげて欲しい。これは看護師できんからね。そう思わせるのが宗教家の力やと思う。阿弥陀様とかじゃなくて、会いたい人に会えるよって…。

E：この話は私たち、これはビハラー僧って話す人を決めるのは患者さん。話したい人が患者さんにはある。遠慮されて言い出せない時でも、関わり見てたら、なんとなくわかるはずなんですよ。

F：おじいちゃんが呼んでるって。「じゃあ怖くないですね」とか（患者の）キャラに応じて言っているつもりなんですけど、果たしてその方が聞いててそうね、って思える投げかけをしてるかな…。

H：魂ってどうなるんやろう、死んだあとってどうなるんやろう。患者さんに聞かれてもわかれへんで「あっそういう風に今思ってはるんですね」ってしか言えない。お坊さんいてはるし話してみる？って聞いたら「話してみたい」って。

H：患者さんとうよう散歩に行ったりして、いろんな情報を引いてくれるんですよ。

I：魂の先は想像でしかないの、その部分においてお答えはできるんじゃないのか？って思うんですけど。

J：看護師としてはそっから医療につなげないといけない。

K：現世の価値観で生きないでいいことを教えて欲しい。ここにきてスピリチュアルな関わり方をおしえてもらった。

L：お浄土からの視点のケア。ナースは（患者の話を）情報⁶⁾として捉えるじゃないですか。そこが違うね。

L：（看護師は）目標を立ててやっている。僧侶さんにはそれがないですからね。境目なく働いてくれる。（以前働いていた病院にボランティア僧侶がいた）そこでは違和感あった。ここは常勤ってこともあって違和感はない。

看護師はJのように誰しも患者のあらゆる兆候は基本的に医療につなげて考えるように思考している。そのため、僧侶にお願いをする手前で、患者の訴えや発話を、情報として捉え精神的な看護として試みる。それはケアの態度として、Fのように患者のパーソナリティを考慮した

コミュニケーションの取り方や、Hのように傾聴スキルを使用することもある。時には、Dのように想いを汲むというケア態度をとる。いずれにしても、それらは看護計画中の実施と評価という視点を持つことになる。しかし、僧侶の行うケアはLが話したように計画や評価の範囲から免除される。医療職にとってハードルの高い死の会話に基づく看護は、一次的に看護師が精神的看護の範疇として、患者のニーズとしていったんは応じていることがわかる。患者の霊性に根ざす苦悩については、宗教者一任だけでなく緩和医療チーム全体における必要なケアであるという認識があることがうかがえる。

そして二次的に、チーム医療の一員として存在する僧侶に、あの世のプロ（専門職）としてケアを委譲するという行為が見られる。また「チーム医療」において、傾聴ボランティア僧侶だとしたら、ケアをお願いすることはないであろうともいえる。

ケア担い手として死の専門職として期待するところは、「死ぬときに宗教を信じられたら楽だよ」「あの世で会えるよ」「現生の価値観で生きなくてもいいんだよ」という死生の意味付けに関し、終末期の経過の中で患者にケアとして受け持ってほしいと考えられている。

その他、Dが話すことの中で、死んだら無になると考えている患者が看護師経験の中で多くみられたということである。あの世の話は阿弥陀さまや仏さまのところに行けるというよりも、「会いたい人に会える」というような会話をもってくれることが有用だったように思うということだった。このことは、宗教的ケアでは宗教的な会話は必要であるけれども、特定の超越者を示すこと、いわゆる宗教（派）カラーは多くの場合には必要性はないのではないかと考える。現在、活況である医療の臨床における宗教的ケアであるが、ケアの姿勢として宗教的押し付けがないことを徹底していることと一致している。

興味深いところでは、Eのように、患者さんが話したい人を、関わりから察知できるという点である。ケアや治療に関しての会話は医療者主体が多い中で、心のケアに関して患者主体であることに価値があるとしている点である。そして、選択肢として宗教者が存在すべきだとしている点である。そして「なんとなく」に関しては、看護師の主観や直感というマージナルな領域での宗教者へのケア依頼になることを示している。このわかりにくいニーズを表面化させる作業は誰が担うのかという点においては医療者の主観によるところも大きいのではないかといえる。

次に、僧侶におけるケア行動への期待と実際について看護師の観察によるところを述べる。

C：カンファレンスでビハハラ僧に入ってもら⁷⁾のはどうですか？って言います。その患者さん、僧侶とコミュニケーションできてはったんで。

H：何をして欲しいわけでもないけど、僧侶がいて…横でこう…法話じゃないけどしてくれたら…う～ん、なんか。

H：腰を据えて患者さんの話を聞いて、そこに仏教をからめてあげて、その人の求めている答えに近いことを伝えてくれたら。いろんな法話も出来はるし、いっぱい知ってはるし、いろんな人を見送ってきたやろうし。

H：ちょっと、こんな患者さんがこんなこと言わはってんけど～って（直接）ということもありますし、カンファレンスで情報提供した後、そこは僧侶だろう！ってなる。

J：（患者さんとの会話で、僧侶は看護師と違って）返し方も引き出し方も違うと思います。宗教家だからこそ話せることもあるんじゃないですか。

M：話の中で納得させられる。言葉探りをしてくれるっていうか…。そういう話術。僧侶やね。

O：時間的に余裕のある僧侶さんがいることが大事

患者に向き合うときに、看護師と僧侶の違いとして、話術とコミュニケーションを挙げることが多くみられた。Jは「返し方引き出し方が違う」とし、Mは「言葉探りをしてくれる」としている。僧侶の人との対応の仕方は「いっぱい知ってはるやろうし、いっぱい見送ってきたやろうし」というように、対人関係において発揮できる能力があると考えられている。しかしながら、Cがインタビュー中に述べた中で、大病院の経験として5年で約300人ほどお見送りさせてもらった、との発言があった。筆者も看護師経験の中で、多くの患者を見送ってきた。1977年以降、人が死を迎える場所を自宅から病院死⁸⁾へと転換したかには当然の結果である。そう考えると、看護師も死者数としては、「いっぱいの人を見送って」いるのである。この発言の意味するところは、患者の背景を十分知ったうえで、関係性の中で死を穏やかに看取することをさしているのではないかと考える。

そして「いっぱい知っている」というように同様の期待を込めた発言には、医療職が医療上の価値観でしか考えられない死について、患者に向けて、死への新たな意識変容、つまり新たな死生の価値観の再構築を援助できるだろうということを期待しているのだと思われる。

Jが、看護師との違いにおいて、返し方引き出し方の違いを指摘した件については、先に述べたように、看護師は患者との会話を、全てといっても過言でないほど、看護に生かすことのできる「情報」として受け止めている点にある。生かし方としては、医療職間で共有し、看護問題として挙げる点にある。そして、看護の実施として、患者の「しんどい」と感じている点に関して軽減できるよう援助するのである。多くの看護師は患者との対話は、看護師主導で行うことが多く、情報として関連することを「聞いていく」作業になる。その点、僧侶は会話ではなく対話の場としており、当然対話は情報として受け止めていない。会話の主導は僧侶でなく、患者が主体となった語りである。その語りの中から想いを「聴くこと」ができるという点が看護師との違いになるのであろう。

看護師と僧侶の患者との話す場面で、「聞いていく」という姿勢と「聴くこと」の違いはCの言葉にも表れていた。インタビューの中で自身の患者との会話において「患者さんの話を聞く」と「患者さんとしゃべる」と無意識的に使い分けていた点である。しゃべるという表現の時は、僧侶とともに患者のベッドサイドに行ったときに使用されていたのである。

これらをまとめると、僧侶は患者との応対において、医療職に課せられる情報を引き出さない

といけない立場でないことから、自由な会話の元で想いを聴けるという点、そして多忙な医療職に代わって「腰を据えて」関係性を構築し、違う価値観を与えることで穏やかに死までの生を生きたるよう援助してもらいたいと希望し、またできると期待されていることがわかる。このことはあそか勤務歴が長い人ほどその傾向がある。勤務歴の浅い人や当初、宗教的ケアに関心が薄かった看護師でも、僧侶が対話をおこなっているコミュニケーションの取り方やカンファレンスでの宗教的ケアの取り扱いを観察し、患者の反応と併せて宗教的ケアを経験として蓄積している様子がうかがえた。

医療従事者は、僧侶が行うケアは、チーム医療の一員として、患者の精神状態を表す指標にもなる情報は「引いてきて」欲しいと思うものの、あくまでも、ルーティン業務がなく時間的制約のない中での関りを希望し、患者を孤独にしないで欲しいということだった。

他に、患者が僧侶だからこそ相談した事例を挙げる。

H：(家族から) 葬儀のこととか、お寺さんとの付き合いとか。どうしたらいいんやろうって、ならはった時。何回か僧侶さんと(患者が) 亡くなった後の話をしてくれてはって。そこはやっぱり僧侶の仕事かなと

N：買われていた〈ペット〉が亡くなって。一つの骨壺に私の骨と一緒にに入れて欲しいっていう。そのペットの骨、A 僧侶が預かってました。

病院見学時に僧侶からお話を聞いた中で、「家にある仏像が気になる。(亡くなったら) 預かってほしい」という願いもあったという。他にも H のように、霊園や葬儀に関する相談も受けたことがあるということも今回のインタビュー中に他の看護師からも少なからずあった。人は自分が亡くなることが現実的になったときに、具体的な事柄について周囲にお願いする傾向がある。筆者としても、数珠の管理をお願いされたことがあった。

近年、都会ほど、葬儀はセレモニー葬等で依頼された宗教者と縁が結ばれる傾向に多くあり、寺院と家が明確な寺檀関係で結ばれることがない。葬儀の相談は住職ではなくセレモニー職員とすることが多く、現代人の多くは葬送儀礼に関して多くは知らない。よって、宗教者のいる病院において、このような問いへの対応は宗教者ならではであり、患者家族のニーズであるため、これも宗教者の役割の一つでもあるといえるだろう。

2-3 宗教者が参与してことで患者の状態が好転した事例について

次に、看護師がカンファレンス等を経て、患者へのケアとして、僧侶に介入してもらった事例や、好転した事例の有無について述べて頂いた。具体的な事例があればお話し頂いた。

B：あんまりないかな。B 僧侶とかは自分で(患者さんのところへ) いってるみたい。

C：(患者が A と B 僧侶に) 来てって言うんですけど。あの山見て、いい人生やったなっていう話をしてました。(普段楽しいことを言っても) 突然死んだらどうなの？って、よう言われてましたわ。今から聞きます！ではなくて、そんなチャンス。その時のタイミン

グとかあるんですよね。

E：ビハラー僧をに宗教的な話を求められている方っていうのは確かにありました。その時に、行ってもらってよかった、というのもあります。それ以外では、正直僧侶じゃなきゃ、ダメか？と言われればそんなこともないのか…。患者さんにとったら、「今来て欲しい」っていう「今」がずっと行ける人であれば。無理なくね、そっとね。誰でもいいから、とにかくゆっくり傍にいて欲しいという。そんなことを聞いたことがあります。

F：スタッフと家族の関係性が変わる場面をカンファレンスを境にして変化したのはよく見られます。同じことを私たちやれてもそれは業務。担当があって時間が限られている。僧侶もそうかも知れないですけど、絶対長く関われる分、関係ができると思うんです。

F：僧侶がいてさすがだなと思うのはご家族に語る言葉。1日とか2日とかの入院でも患者さんのあらゆる場面を思い出として語ってくれる。家族にしてはそうやって関わってくれたと思うと慰められると言われて。

G：明らかになっていうのはまだ…。どこまで委ねて、何がお願いできるのかっていう…。でも、患者さんは、他（他の病院）とは違い穏やかにされているような気がします。

K：（患者さんが）いつも戦争の話をされるんです。1～2時間とか。そういう人生を披露するような話を、じっくり聞いてもらった時の患者さんの表情がよかったですね。

O：ん～…。A 僧侶が行って、表情や生活のされ方が何か変わったというようなのはありますね。

患者の状況が好転したという事例については、あそか勤務歴によるところが大きいと考え、属性に挙げたが、勤務歴が長い看護師からも具体的な事例を挙げた看護師は少なかった。また、勤務歴が浅い看護師が、好転事例が振り返れないとしたが、それは、勤務歴が浅いから観察する機会がないだけではなく、勤務歴が長い看護師同様、個別な事例を特別視するまでもなく、普段の関わりの中で、O が述べたところのように、生活のされ方や表情が自然に、変わっていたということであろうと思える。患者の生活空間で、僧侶が自然に関わっているからこそ、目に見えるような特別な変化はないまでも穏やかに過ごせているのだと考えられる。ただ「今が」ずっと行ける「タイミング」に僧侶が行くとなれば、看護師同様チーム交代制 24 時間勤務が望まれるであろうがそこは難しいところだろう。しかしながら、僧侶が何をしているのかわからないという発言もインタビュー中に少なからず見られたことも好転事例の確認に至っていないこともあるともいえる。

他に、患者本人のみならず、家族との関係において僧侶が大きな架け橋になっていることも示されている。看護師は、時間の制約がある中でのケアを行っており、家族のケアについて、その重要性は認識していても、家族の思いを傾聴することは時間的に難しい。そこで僧侶が、患者の家族への思い、家族の患者への思いの双方を聴くことで、患者を中心とした家族ケアにまで及んでいる実際については筆者もカンファレンスへの参与観察で感じたところである。F の語った

言葉にあるように、遺族となったばかりの家族へのケアとして「きちんと、看取らせて頂きましたよ」というメッセージは、十分なグリーフケアとなり、遺族の心の正常な回復へもつながっていくであろうと思われる。

3. インタビューからの考察 ―看護師による看取りの過程と倫理

死の臨床は、患者の心理的な看護について、看護師は倫理的葛藤が生じやすく、職業的バーンアウトを生じやすいと言ったことは各方面で報告・検討されている。また、看護師の一連の作業の中で、組織における権力者、つまり院長などの施設長や、所属機関の長である看護部長、組織経営に携わる事務長等と立場の相違から生じる倫理的衝突〈心の中で〉が、しばしば生じることは筆者の長年の経験からの観察されてきたことである。

多くの病院では、このような倫理的衝突に関して、建前的に、院内の倫理委員会で論じられ、解消を図っていく。しかしながら、組織上の制約により患者に対する多くの‘行えないこと’の倫理的苦悩は枯渇することなく、与えられた制約の中で業務を遂行していくことだけが目的化されている。そして、倫理的な側面は、重要であるのに、繰り返されるルーティンの仕事で、どんどん倫理的な問題を埋没させてしまっているのである。

このような事態は、医療政策や組織構造上の問題であり、看護師の個人的なジレンマとして回収している医療風土にも問題がある。個人的なジレンマとされたものは、残るか、退職するかという結論しか導かない。そのジレンマに対し、あそかのように、宗教者を配置する医療機関では、患者家族のみならず、このような医療従事者の倫理的葛藤についても傾聴を主としたケアを担っているところもある。しかしながら、個人のジレンマではないため、解決には組織に働きかける必要性があり、宗教者だけではどうにもならない問題として残ることとなる。

この度のあそかに対する看護師へのインタビューでもみられたように、個人的なジレンマとして認識した看護師が、宗教者によるケアに自らの思いを昇華させていると感じるところが多々あった。しかしながら、このような倫理的葛藤を持つ看護師は、宗教者と同様に、あそかに入職する以前から患者に対して、対話を重視し、十分寄り添いを行ってきた〈優しい〉看護師ではないだろうか。

終末期医療に関わらず、看護師（看護助手）は、看護師の精神的・身体的な限界の中で、病院の規範、医師の命令、患者のニーズ、家族の希望等、与えられた制約の中で、プロフェッションとしてのケアを目指していることが、インタビューから明らかになったといえる。

4. 結論

あそかビハーラ病院だけではなく、多くの病院看護師、特に終末期医療に携わる看護師は、患

者からの体の不調の訴えにおける対応やルーティン業務などに追われており、患者の話（思い）に耳を傾ける時間に多くは避けない。このことが、患者の心のケアにはつながっていない、ひいては患者の死までの生の QOL（quality of life）を下げてしまっていると感じていることが看護系学会等での臨床報告からも多く見られる。あそかの看護師においても、あそか勤務以前の病棟における看護師経験から、終末期医療の患者の心のケアが不十分であることは、今回のインタビュー調査からも顕在化している。

そこで、宗教者として僧侶が常駐する病院へわざわざ勤務することの動機の一つに、これまでの看護経験の中で、不十分であった心のケアの分野において、僧侶への期待があると仮説してインタビュー調査に試みたのだが、動機の多くは緩和ケアナースとして経験を積みたいというものだった。少数ながら、これまでの宗教者との協働経験、宗教の理念に拠る看護、宗教者と協働することを期待する動機とした看護師もいた。

しかしいずれの動機の看護師も、僧侶との関わりを通して、宗教者と協働する経験を獲得することで、宗教者へ期待するケアや、これまでの患者の反応から観察された今後も担って欲しいケアを具体化していることが明らかとなっていた。

期待されるケアとしては、死んだらどうなるのか、という問いに関して、あの世の話を宗教によるものではなく、宗教「的」に、話してほしいというものだった。宗教による対話は、超越者や死後のストーリーが異なるために「宗教的に」というものであろう。

また、死に対しての会話は重厚さを要するとし、患者の死における精神的負担を軽くさせるには、「宗教者が話す」言葉が重要であると位置づけられている。医療職は、宗教者に対し、神や仏の「代理者」としての眼差しがあり、彼らの話す言葉が〈プロ〉であり、安寧という保証を与えることができると考えられていると思われる。

具体的には、医療の範囲ではない視点で、「死ぬときに宗教を信じられたら楽である」「あの世で会える」「現世の価値観で生きなくてもいい」という死生の意味付けに関し、終末期の経過の中で患者にケアとして受け持ってもらいたいと考えられている。これは、死に直面している患者に対し、病院における『完了としての死』⁹⁾を受容をできるようケアしてほしいということになるだろう。しかし、多くの宗教が持つ宗教的ストーリーは死は完了として意味づけられていない。医療の倫理が持たない死の意味づけを行うことは、他の心理職が行うスピリチュアルなケアとは画して宗教者の行うケアの独自性だと言えるが、宗教者が各々の宗教の教義に基づいて、現世の価値観で生きなくていいと説くことは、方法論として非常に難しいケアを期待されているものだと言える。言い換えれば、医療職側が、宗教に対する認識不足があるために、宗派宗教に寄らない死生の価値を宗派宗教の僧侶に期待する難しさがあると指摘できる。

また、僧侶が患者から情報を「引く」という会話ではない「対話」や「しゃべる」ことが、これまでの患者への観察から「ただ傍にいる」ことだけでも有意義であるとしている。診療報酬の枠内にある医療従事者は患者に対して常に何かをする、しなくてはならない。当初は「何をして

いるかわからない」という認識は、あそかにおける僧侶がただ傍にいるという実践に対し、勤務歴が長くなることで解消されていっていると感じる。

まとめると、医療の価値とは違う生死についての話や、自分達がしたくてもできない部分である、じっくり患者・家族との関係性を構築し、「関係性の中の温かい最期」を担ってほしいということが期待されているといえるものである。

インタビュー調査からは、僧侶に期待する、もしくは「ある」とみなされるものに、話術やコミュニケーション能力が多く挙げられていた点である。しかし、患者の終末期固有の心理を理解し、宗教的な対話を用いつつ、真の寄り添いが、携わる全ての僧侶において備わっているとは、みなせないとしている看護師が多くいた点にも注目する。

患者に対応する僧侶は、寺院の内だけでない社会経験のあるもの、年齢がある程度高いものほど一般患者の苦しさや悲しさを理解できるとしている。若い僧侶で社会経験のない僧侶であると、患者さんが話をきいてあげないと、という役割逆転が起きているとのことだった。しかし、患者さんの中には、病気により社会的役割（親として、職業人として等）を喪失したことから、若い僧侶の話を聞いてあげられるという役割ができるという点から評価もできなくもないと付け加えた。しかし総じて、ケアの担い手とするならば、社会経験豊富で年齢が「ある程度」高め、結局僧侶である前に「人となり」であることがケアの担い手としての資質として望ましい、とのことだった。

その資質の醸成には、あくまでも医療とは分化している宗教者の部署内において育成や指導がなされ研鑽されることが望ましいとされていた。よって、医療における宗教的ケアを担う宗教者は、院内で部署が形成されるか、院外であれば合議的アソシエーション（宗教的ケアを行う宗教者の会）に加入すること等が要請されるところである。

医療における専門職化の構築を目指すならば、①あの世に関する宗教的ストーリーを患者に合わせて話すことができる。②患者の思いを十分にくみ取るコミュニケーション能力がある。③医療従事者と協力しながらも、患者とは関係性の中で死を看取ることができる。以上のことが他の職種とは違う自律性であると明示できたと考えられる。

今回のインタビュー調査は、一事例の病院であることから、一般化することはできないが、医療における宗教的ケアの専門職性を導くには十分であったと言える。しかし、今回の分析において言及できなかったが、看護師歴と死生観、そして宗教的ケアへの接近度の相関について考察を深めることができればより分析結果に深みを与えることができると思われるため、今後の課題としたいと思っている。

この度の調査にあたり、まずはインタビューにご協力頂いたことで、余計に業務が多忙になった看護師の皆様にお詫びするとともに感謝いたします。ありがとうございました。そして、看護師への全数インタビューを快諾下さったあそかビハラー病院の院長大嶋先生、並びに、新堀看護部長にも感謝申し上げます。また看護師へのお手次ぎとして、吉田看護師長には多大なご苦勞を

おかけしましたことお詫び申し上げます。

注

- 1) 『広辞苑』第4版。「医療」は、医術で病気を治すこと、治療としている。
- 2) 2011年開設。2016年目までに修了者約150名。（東北大学実践宗教学寄付講座ニュースレター第10号）龍谷大学、鶴見大学、高野山大学、武蔵野大学、種智院大学等と連携。
- 3) 財団法人、本願寺ビハラー医療福祉会が母体となり平成20年有床診療所として開設。平成26年、28床有するあそかビハラー病院として緩和ケア認可。
- 4) 『現代社会における看取り文化の諸相－医療従事者から見た病院死のフォークロア－』佛教大学鷹陵史学会 第40号 P129の文中において、看護師は、勤務体制の中で患者一人一人と向き合う時間がないことを記述している。
- 5) 看護師は、心のケアに関し、自身が関心のある領域のケア理論や技術論を応用して患者に看護を還元している。看護師それぞれが関心領域の理論を結集させてその場の臨床のケアの基盤を作っている。
- 6) 看護師は患者との会話を情報として捉え、看護計画として立案しケアをする。雑談すらも患者の精神状態としての情報となる。
- 7) 「はいってもらう」は看護業界独特の表現で「介入」を指す。
- 8) 厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」死亡場所の推移によると平成25年では病院が75.6%、自宅が12.9%とされている。
- 9) パーソンズは、近代医療が死の意味付けにおいて、「医療の敗北」から「完了としての死」への価値の転換をすべきであると主張している。
- 10) 公益財団法人。日本医療機能評価機構の病院機能評価事業。一定の水準を満たした病院は認定病院となる。病院の質改善をめざす。

参考文献

- 葛西賢太／坂井正斉 2013『ケアとしての宗教』明石書店
- シオバン・ネルソン／スザンヌ・ゴードン 阿部里美訳『ケアの複雑性』2007 エルビゼア出版
- ジャン・ドメニコ・ボラージョ 佐藤正樹訳 2015『死ぬとはどのようなことか 終末期の命と看取りのために』みすず書房
- 高城和義 2011『パーソンズ 医療社会学の構築』岩波書店
- ダニエル・チャンプリス 浅野祐子訳 2007『ケアの向こう側』日本看護協会出版会
- 福永憲子 2013『医療における「宗教的ケア」の必要性と可能性－その理論的検討－』大阪府立大学 人間社会学研究集録 9
- 福永憲子 2014『現代社会における看取り文化の諸相－医療従事者から見た病院死のフォークロア－』鷹陵史学 第40号
- 福永憲子 2017『現代の死における医療と宗教の共同管理のあり方を考える－仏教的ケアは、いかにして行われるのか－』佛教大学総合研究所紀要 第24号
- 松尾 睦 2009『学習する病院組織 患者志向の構造化とリーダーシップ』同文館出版
- 森田敬史 2010『ビハラー僧の実際』人間福祉学研究第3巻1号

（ふくなが のりこ 共同研究嘱託研究員／大阪府立大学大学院博士後期課程）